

## ANMELDUNG - Respiratory Monitoring Unit (RMU) für den niedergelassenen Bereich

Tel.: 01 91060/41 440; E-Mail: kpe.pulmo.rmu@gesundheitsverbund.at

Nachname: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geb: \_\_\_\_\_  
 SVNR: \_\_\_\_\_  
 Tel: \_\_\_\_\_

Zuweiser\*in: \_\_\_\_\_  
 Ordination: \_\_\_\_\_  
 Tel: \_\_\_\_\_  
 E-Mail: \_\_\_\_\_

### Relevante Diagnosen:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Arterielle BGA: ☐ unter Beatmung ☐ mit Sauerstoff ☐ Insuffliierend  
 Datum \_\_\_\_\_ FIO2: \_\_\_\_% pH \_\_\_\_\_ pO2 \_\_\_\_\_ mmHg pCO2 \_\_\_\_\_ mmHg

Größe: \_\_\_\_\_ cm | Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

**Mechanische Hustenunterstützung:** ☐ Ja ☐ Nein | Firma? \_\_\_\_\_

**LTOT:** ☐ Ja ☐ Nein | Firma? \_\_\_\_\_

**Heimbeatmung:** ☐ Ja ☐ Nein | Firma? \_\_\_\_\_

**Beatmungszugang:** ☐ Tracheostoma; Datum Anlage: \_\_\_\_\_ ☐ Chirurgisch ☐ Gestochen

**Beatmung:** ☐ Invasive Beatmung ☐ Insufflation möglich? wie viele Std./Tag? \_\_\_\_\_  
☐ Nicht-invasive Beatmung

**Beatnungsmodus:** ☐ CPAP ☐ PSV ☐ iVAPS ☐ AVAPS ☐ APCV ☐ VC

### Befunde:

- **CT Thorax:** ☐ Ja ☐ Nein | Datum: \_\_\_\_\_
- **Schlucken möglich?** ☐ Ja ☐ Nein, Konsistenz: ☐ alle | ☐ flüssig | ☐ breiig | ☐ fest
- **Kognition:** wach/ansprechbar? ☐ Ja ☐ Nein | **Delir?** ☐ Ja ☐ Nein | spricht? ☐ Ja ☐ Nein
- **Atemmuskelkraftvermessung:** Datum: \_\_\_\_\_ MIP \_\_\_\_; MEP \_\_\_\_; PCF \_\_\_\_; forcierte VT \_\_\_\_
- **Neurologische Anbindung:** Letzte Kontrolle – wann? \_\_\_\_\_ Bulbäres Zustandsbild: ☐ Ja ☐ Nein
- **Polygraphie/Polysomnographie:** ☐ Ja ☐ Nein | AHI: \_\_\_\_\_
- **Kardiologische Anbindung:** Letzte Kontrolle – wann? \_\_\_\_\_ Echo: LVF \_\_\_\_\_
- **Patient\*innenverfügung?** ☐ Ja ☐ Nein | ☐ beachtlich ☐ verbindlich
- **PEG-Sonde:** ☐ Ja ☐ Nein | Welche Ernährung?: \_\_\_\_\_
- **Portkatheter (PAC):** ☐ Ja ☐ Nein

### Funktioneller Status:

☐ vollständig mobil ☐ teilweise mobil mit Gehhilfe ☐ Wohnungsmobil ☐ bettlägerig

Kann Arme bewegen? ☐ Ja ☐ Nein

Kann mit der Hand bis zum Gesicht? ☐ Ja ☐ Nein

Selbstständiges herunternemen einer Nasenmundmaske möglich? ☐ Ja ☐ Nein

☐ lebt alleine | Pflegestufe: \_\_\_\_\_ | Soziale Dienste: \_\_\_\_\_

Angehörige? Name: \_\_\_\_\_ Tel.Nr.: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_